Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 14 — 15 Février 1896. — 7 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LA HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE, par M. FÉLIX LEJARS 81

ANALYSES

Anatomie pathologique : Un cas de myome primitif du cœur, par M. JUSTI. 83
Médecine expérimentale : De l'action du chlorhydrate de scopolamine sur la sécrétion des glandes digestives et sudoripares, par M. KAMENSKY. 83
Médecine : De la médication thyroïdienne, par M. LÉPINE 83
Chirurgie : Traitement de l'hydrocèle, par M. P. TIKHOFF. 83
Obstétrique et Gynécologie : Contribution à l'étude des infections mixtes dans les maladies puerpérales, par M. KLEINKNECHT. 84
Rhinologie, Otologie, Laryngologie : Sur les altérations séniles de l'oreille moyenne, par M. FERRERI. — Étude sur la nature et l'étiologie de la rhinite catarrhale simple, par MM. FERMI et BRETSCHNEIDER. . . . 84
Thérapeutique et Matière médicale : L'arséniate de soude dans la malaria pernicieuse progressive, par GRIGORIEFF 84
Sérothérapie, Opothérapie : Traitement de la scarlatine par le sérum antistreptococcique, par M. A. MARMOREK. — Étude sur l'immunité vaccinale et le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée, par MM. BÉCLÈRE, CHAMBON et MÉNARD 84

Administration et Hygiène, par P. LANGLOIS. . . . LXIV
La greffe urétéro-intestinale par le bouton de Boari, par E. MICHON. LXVI

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Cystostomie sus-pubienne, M. BAZY. MM. ROUTIER, REYNIER. — Ostéome du maxillaire inférieur, M. BERGER. MM. TH. ANGER, PICQUÉ, DELORME, TERRIER. LXVI
Société médicale des hôpitaux : Traitement de la tuberculose par la créosote, MM. CATRIN, FERNET, HANOT, DEBOVE, LE GENDRE, HAYEM, BARRIÉ, FERRAND, MANQUAT, BURLUREAUX, SIREDEY, FAISANS. LXVII
Société anatomique : Gangrène phéniquée du doigt, M. PERAIRE. — Kyste du creux poplité, M. PERAIRE. — Endothéliome de la dure-mère rachidienne, M. DUFOUR. — Entéro-anastomose sans ouverture préalable de l'intestin, M. SOULIGOUX. M. GUINARD. — Ictère grave secondaire, M. RAMON. — Kyste parovarien, M. HERESCO. — Cœur dans un cas d'angine de poitrine, M. AUSCHER. LXVIII
Société de thérapeutique : Étude comparée des traitements de l'érysipèle et des résultats de la sérothérapie, M. BOLOGNESI. M. HALLOPEAU. — Traitement des crises dyspeptiques des tabétiques, M. HUCHARD. . . . LXVIII
Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Ulcères annamites, M. BARTHÉLEMY. — Rétrécissement mitral hérédo-syphilitique, M. BARTHÉLEMY. — Hydrargirie simulant une herpétide maligne, M. FOURNIER. — Chancre du sein, M. BESNIER, MM. DU CASTEL, BARTHÉLEMY. — Chancre du menton chez un enfant, M. CANET. M. FOURNIER. — Synovites syphilitiques, M. DU CASTEL. MM. JACQUET, BESNIER, JULLIEN. — Urticaire pigmentaire probable, MM. TENNESON et LEREDDE. MM. HALLOPEAU, FEULARD, BESNIER, BROCQ, GASTOU, BROCQ, FOURNIER. — Chancres simples de la verge et de la langue : double bubon, MM. EMERY et SABOURAUD. MM. FOURNIER, JULLIEN, BARTHÉLEMY. — Un cas de leucoplasie linguale, M. JULLIEN, MM. FOURNIER, BROCQ, GAUCHER, BESNIER, DE LA VARENNE. — Un cas de lèpre, MM. GAUCHER et BENSAUDE. MM. HALLOPEAU, FOURNIER, BESNIER, JACQUET. — Sur une lymphangite gommeuse de la peau par inoculation, M. SALOMON. — Macroglossie probablement syphilitique, M. FAITOUT. MM. FOURNIER, BESNIER, THIBIERGE. — Traitement de la blennorrhagie par l'airol, MM. LEGUEU et LÉON LÉVY. LXVIII
Société osbtétricale et gynécologique : Recherches cliniques, bactériologiques et expérimentales sur la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus, M. BOLOGNESI. MM. PORAK, CHARPENTIER. — Deux cas de mort chez des cardiaques pendant le travail, M. MACÉ, MM. PORAK, CHARPENTIER, BOISSARD. — Influence des altérations du placenta sur la vitalité du fœtus, M. PORAK. — Rupture utérine, MM. DOLÉRIS et BONNUS. — Grossesse gémellaire. Insertion vélamenteuse du cordon du premier œuf, M. BENOIT LXX

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique des maladies du rein, par MM. GAUCHER et GALLOIS. LXX

ADMINISTRATION ET HYGIÈNE

Dans la préface qu'il écrivait en 1890 pour la traduction française du remarquable *Traité d'hygiène publique* de Palmberg, M. Brouardel, notre savant doyen, cherchant à excuser les lacunes de notre législation sanitaire, lacunes sévèrement mises en évidence par l'hygiéniste finlandais, évoquait cette raison que, si notre législation sanitaire est bien en arrière « c'est que les lois doivent attendre leur heure, qu'elles n'ont d'action que quand leurs prescriptions existent déjà, même à l'état vague, dans l'esprit public ».

Notre doyen est plus que qui que ce soit, de par ses fonctions administratives, compétent pour connaître et juger de l'opportunité de certaines mesures, et nous ne pouvons que nous incliner devant son expérience.

Toutefois, l'instruction générale nous semble suffisamment avancée en France pour autoriser l'application de lois sanitaires effectives. Et les résultats signalés à la Société de médecine publique par A.-J. Martin et que nous avons rapportés récemment, suffisent pour affirmer que, dans les grandes villes tout au moins, les lois sanitaires sont facilement acceptées. La grande majorité des désinfections à domicile sont réclamées par les particuliers eux-mêmes ; la déclaration des maladies contagieuses est, en réalité, facilement obtenue et si les chiffres de 1895 nous montrent, à ce sujet, quelques défaillances regrettables, peut-être faut-il en chercher les causes beaucoup plus dans une résistance inexplicable de la part de quelques confrères, que dans l'opposition des familles elles-mêmes.

Enfin, et M. Brouardel surtout doit s'en réjouir, la crainte de l'eau de Seine est aujourd'hui répandue jusque dans les milieux les plus humbles ; il suffit de voir l'agitation produite par les malencontreuses affiches blanches annonçant la substitution de l'eau impure à l'eau de source, pour se rendre compte des progrès réalisés dans l'éducation sanitaire.

Néanmoins, si l'on veut obtenir de la masse générale des citoyens l'obéissance aux lois de l'hygiène, il paraît indispensable que l'exemple vienne d'en haut, c'est-à-dire de l'Administration elle-même. En est-il ainsi ? Les faits hélas sont nombreux, qui permettent de démontrer le contraire.

Nous reconnaîtrons qu'au point de vue de l'hygiène, il a été fait beaucoup par l'administration de la Guerre. Les casernes nouvelles sont bien construites ; la propreté corporelle fait désormais l'objet d'une vive attention des chefs ; l'organisation des bains-douches s'est largement répandue ; les cuisines offrent un aspect moins repoussant qu'autrefois. Toutes ces mesures sont bonnes, utiles, elles constituent d'excellentes leçons de choses qui permettent aux partisans convaincus des armées permanentes et du caporalisme qui en résulte nécessairement, de prôner l'armée comme non seulement une école de discipline, de probité, d'honneur, etc., mais encore d'hygiène.

L'Instruction publique est-elle aussi avancée ? On a fait beaucoup pour les écoles primaires ; les établissements d'enseignement secondaire eux-mêmes ont subi d'heureuses transformations. Au point de vue de la ventilation, du chauffage, de l'éclairage, nous reconnaissons volontiers que la situation s'est profondément améliorée [1].

1. RÉGNIER. — « Hygiène des lycées de Paris », *Revue d'hygiène*, 1895, p. 603-670.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

ANNALES DE MICROGRAPHIE spécialement consacrées à la *bactériologie*, aux *protophytes* et aux *protozoaires*. Rédacteur principal : *Docteur* MIQUEL, directeur du service micrographique à l'observatoire municipal de Montsouris. Cette publication paraît par fascicules mensuels de 48 pages in-8° raisin, avec figures et planches hors texte. — Prix de l'abonnement annuel : Paris, 20 fr. ; Départements et Union postale, 22 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

VICHY-CÉLESTINS
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
PURGATION POUR RÉGIME
CARABAÑA
Guérit Congestion, Constipation.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* **FER CHEYNET**
RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel
Herpétisme : GRANULES DE FOWLER.
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUMÉ.
MÉTRITES : PÉRICOLS
OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

Mais, il reste toujours la grosse question de la propreté corporelle, base essentielle cependant de l'hygiène individuelle. Sur ce point, nous sommes encore bien en arrière de nos voisins et maîtres en hygiène, les Anglais. Le rapport de Douglas-Hogg[1] n'est pas encore assez ancien pour que nous ne puissions l'invoquer. Les jeunes Anglais disposent de quarante-cinq minutes pour leur toilette, qu'ils font le torse complètement nu ; un bain chaud savonneux est obligatoire toutes les semaines ; chez les jeunes enfants au-dessous de douze ans, on pousse les précautions jusqu'à faire laver la tête chaque semaine ou chaque quinzaine par un coiffeur, pour éviter les maladies parasitaires du cuir chevelu.

En France, le temps accordé à la toilette du matin est réduit au minimum ; et les vieux universitaires invoqueraient M. Bérenger, si on faisait les ablutions le torse nu et surtout si, comme en Angleterre, on pratiquait la piscine commune tous les matins. Des lycées tout neufs comme Janson de Sailly n'ont pas de salles de bains, ni même d'organisation régulière pour assurer le service des bains de pieds. Le proviseur de Pontivy, répondant à l'enquête de Douglas-Hogg, affirmait que les parents protesteraient, si on élevait la rétribution de 3 francs, fixée actuellement pour 4 bains dans le courant de l'année !

La chemise de nuit n'est pas réglementaire dans nos lycées, et les changements de chemises et de chaussettes se font, d'après Régnier, une fois par semaine.

Nous ne pouvons insister sur les détails de ce genre, les quelques faits précédents montrent cependant que nos internats sont loin d'être des écoles d'hygiène.

Si nous passons aux établissements dépendant des différentes administrations, nous trouvons trop souvent des exemples déplorables offerts au public.

Il est vrai que, sur ce point, si nous en croyons le *Sanitary record* (1895, p. 443) l'Angleterre elle-même n'est pas à l'abri de ces fautes. Les résidences royales laisseraient quelquefois fort à désirer au point de vue de l'hygiène, et la fièvre typhoïde qui frappa il y a quelques années le prince de Galles, aurait été imputée à des émanations produites dans le palais de Buckingham, par suite d'une organisation défectueuse du drainage.

Il est évidemment regrettable que les dépendances de la Cour ne soient pas surveillées par les autorités sanitaires ; mais, il est un fait plus grave encore, c'est l'impuissance manifeste de ces mêmes autorités sur la surveillance de tous les bâtiments des locaux appartenant à la couronne.

Récemment, le secrétaire général de l'Association des agents des Postes (*Postal Clerk's Association*) exposait devant une commission interdépartementale les plaintes et les griefs de ces employés : « Le travail des télégraphistes, disait-il, amène facilement l'épuisement physique et intellectuel. Or, les conditions sanitaires de nos bureaux sont trop souvent défectueuses. Dans deux bureaux, les cabinets d'aisances s'ouvrent sur la salle à manger des employés. A Liverpool, deux télégraphistes travaillant dans une pièce contiguë avec des cabinets très utilisés, contractent la fièvre typhoïde, etc. ».

Et quand les Medical officers of heath et les Sanitary-Inspectors veulent visiter les bureaux du Post-office, on leur en interdit l'entrée, sous prétexte qu'ils n'appartiennent pas à cette Administration ; ou bien quand, par suite de nécessités absolues, on leur accorde cette autorisation, on ajoute : « you know we are jealous of our rights », vous savez combien nous sommes jaloux de nos droits.

On le voit par cet exemple, l'antagonisme maladroit entre les branches diverses de l'Administration n'est pas particulier à la France. Et, suivant l'exemple de notre confrère anglais, il nous paraît utile de réclamer une plus grande liberté d'action pour nos autorités sanitaires. Le *Sanitary Record* cite l'exemple des bureaux de poste, nous pouvons continuer le parallèle en France. En province, la situation de ces bureaux est généralement lamentable, pas de lumière, pas d'aération. A Paris même, nous pourrions citer le bureau du télégraphe du Luxembourg où l'on ne peut entrer sans être incommodé par les émanations des latrines voisines, et qui malgré les réclamations du public et les plaintes qui, pour être plus discrètes, n'en sont pas moins dignes d'intérêt, des employés, n'a jamais été modifié.

Si nous passons à l'Administration de l'Assistance publique, nous trouvons la même incurie criminelle. Il nous suffira de citer la communication faite récemment à l'Académie de médecine, par le professeur Terrier, sur la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux. Après avoir mis au défi le directeur de l'Assistance publique de publier le nombre des décès par tuberculose survenus à l'hôpital Bichat, dans le personnel hospitalier, le professeur Terrier ajoute : Qu'a fait l'Administration ? Rien, absolument rien.

Sous les fenêtres d'une salle de médecine, à l'hôpital Bichat, on manipule de la laine toute la journée pour la confection des matelas. Comme M. Terrier protestait, on répondit que cette laine sortait de l'étuve et ne contenait plus aucun germe.

Or, il a constaté que cette étuve était si parfaite qu'on retrouvait dans les matelas des insectes (poux, punaises, etc.) vivants après la stérilisation.

La désinfection des salles de médecine n'a pas été opérée depuis quinze ans (1883) et alors qu'en ville, tout tuberculeux, ainsi que le signalait Martin dans la communication dont nous parlions plus haut, peut faire désinfecter toutes les semaines ses linges et fréquemment son appartement, on voit l'Administration de l'Assistance refuser la désinfection des logements des employés qui ont succombé à la tuberculose.

Une surveillante, dont le mari mourut tuberculeux dans son logement, réclama, pour ses enfants, la désinfection de sa chambre. Elle dut, ayant essuyé un refus formel de l'Administration, payer elle-même les frais de cette mesure de simple hygiène.

La Faculté de médecine elle-même, ne constitue-t-elle pas un établissement insalubre au premier chef, par suite des erreurs grossières de son architecte ? Nous signalions, dans un numéro précédent, les latrines dont les appareils de chasse ne fonctionnent pas quand il gèle.

Il n'existe dans les vastes bâtiments de l'Ecole pratique, où travaillent journellement plus de 1.000 personnes, aucune distribution d'eau de source, et l'appariteur doit traverser la rue pour remplir la carafe destinée aux professeurs. Aussi, doit-il arriver quelquefois que le professeur, après une heure d'éloquence employée à démontrer aux élèves le rôle que joue l'eau de rivière dans la propagation des affections contagieuses, trempe ses lèvres dans un verre rempli du liquide incriminé.

Aucun emplacement n'a été aménagé pour les animaux nombreux qui servent aux recherches et c'est après coup, et on sait avec quelles difficultés, que quelques laboratoires ont pu établir une organisation rudimentaire. Les animaux morts de maladies infectieuses sont versés dans une grande boîte en tôle où viennent les chercher les ouvriers équarrisseurs, pas de four crématoire, pas de fosses à acide sulfurique, rien n'a été prévu dans ce but au moment de la construction.

Dans une pétition adressée aux Chambres et transmise avec avis favorable par le doyen, les garçons de laboratoire, en réclamant une augmentation de leur trop modique salaire (94 fr. par mois) invoquaient comme argument, l'insalubrité de leur profession et le nombre des décès parmi eux depuis quelques années.

Notre conclusion, qui soulèvera peut-être de violentes oppositions est très nette. La loi est faite pour tous. Les agents sanitaires qui ont droit d'inspection et de contrôle sur tous les établissements privés, doivent avoir les mêmes pouvoirs sur les établissements publics, pouvoirs non pas théoriques, mais pratiques, mais réels, et quand ils viendront inspecter les établissements de l'État, ils doivent être assez indépendants, assez puissants, pour ne pas avoir à tenir compte de la fameuse phrase : « Yuo know we are very jealous of our rights ».

P. LANGLOIS,
Chef du Laboratoire de Physiologie.

1. DOUGLAS-HOGG. — « Rapport sur l'hygiène scolaire en Angleterre. » *Revue d'hygiène*, 1892, p. 217-235.

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Le jury est ainsi constitué : MM. Cornil, Raymond, d'Heilly, Josias, Mauriac, Giraudeau et Michaux. Tous les juges ont accepté définitivement, sauf M. Michaux qui n'a pas encore fait connaître sa décision.

NOUVELLES

Société de chirurgie. — *Ordre du jour de la prochaine séance* (19 février 1896). — Suite de la discussion sur la grossesse extra-utérine (MM. Pozzi, Terrier, Picqué).

Rapport sur trois observations de lithrotritie par M. Bureau (de Caen). Rapport par M. Segond.

Communication : Désarticulation de la hanche pour sarcome de la cuisse, par M. Quénu.

Guide de la Presse médicale. — Pour répondre aux nombreuses demandes qui nous sont adressées chaque jour, nous informons nos lecteurs que le *Guide de la Presse médicale* va paraître sous peu. Le retard apporté à sa publication est dû à ce que le tableau des cours de la Faculté pour le second semestre vient seulement d'être définitivement arrêté.

Bureaux de bienfaisance. — MM. les médecins qui désirent prêter leur concours à l'Assistance publique, soit pour le service des consultations, soit pour le service du traitement à domicile, dans les bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements de Paris, sont informés qu'ils peuvent se faire inscrire tous les jours de la semaine, de une à cinq heures, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique (service des secours), avenue Victoria, 3.

Ils devront justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et munis d'un diplôme de docteur en médecine d'une des Facultés de l'Etat.

Association de la Presse médicale française. — Le 7 février a eu lieu au restaurant Marguery le trente et unième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Pr Cornil. 30 membres y assistaient.

M. le Dr Masse, directeur de la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, et M. le Dr Blondel (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de thérapeutique*, ont été élus membres de l'Association.

M. le Pr Cornil, syndic sortant, a été réélu par acclamation.

N.-B. — La dernière limite d'inscription pour le *Congrès de Talassothérapie de Tunis* est fixée au 17 février 1896, sans exception possible, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Société de biologie. — PRIX ERNEST GODARD, 500 francs. Le prix Ernest Godard sera décerné à la fin de l'année 1896. Les mémoires doivent être envoyés, avant le 15 octobre 1896, au secrétaire général, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Suivant la volonté du testateur, le Prix sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

Congrès de médecine mentale et nerveuse. — Le septième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira le samedi 1er août, à Nancy, sous la présidence de M. le Pr PITRES, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

1° *Questions à discuter* : Pathologie mentale. Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe ; rapporteur, M. PH. CHASLIN. — Pathologie nerveuse. De la séméiologie des tremblements ; rapporteur, M. SOUQUES. — Législation. De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation ; rapporteur, M. PAUL GARNIER.

2° *Lectures, présentations, travaux divers.*

3° Excursions, visite de l'Institut anatomique, de l'asile de Maréville et de ses nouveaux pensionnats, banquet.

Adresser dès maintenant les inscriptions et toutes communications à M. le Dr VERNET, médecin en chef à l'asile de Maréville, secrétaire général du Congrès. Prix de la cotisation : 20 francs.

VARIÉTÉS

Médecins et sociétés de secours mutuels. — Ce n'est pas seulement en France que les médecins ont à se plaindre de la façon, souvent éhontée, dont ils sont exploités par les Sociétés de secours mutuels. En Belgique, la situation est, à ce point de vue, des plus tendues.

Les syndicats médicaux de Liége, au nombre de six, viennent de se réunir, formant la *Fédération liégeoise des syndicats médicaux*, et l'un de leurs premiers actes, le premier même, a été la mise à l'étude d'un règlement à adresser à la Fédération des sociétés de secours mutuels, pour la réorganisation du service médical.

Du reste, de toutes parts, en Belgique, s'organisent des syndicats médicaux, ayant pour but de sauvegarder l'honneur, la dignité et les intérêts de la profession.

Il n'était que temps, dit notre confrère du *Journal médical de Bruxelles*, car les difficultés de l'existence qui deviennent de plus en plus grandes pour chacun, et les obstacles accumulés au devant du praticien débutant, avaient amené nombre de jeunes médecins, à accepter, contraints il est vrai, des situations incompatibles avec la dignité de la profession.

Sur tous les points du pays, dans toutes les communes un peu importantes, les médecins se groupent, un magnifique élan de solidarité unit les plus divisés..... Espérons que bientôt les médecins français suivront l'exemple de leurs confrères belges.

LA GREFFE URÉTÉRO-INTESTINALE

PAR LE BOUTON DE BOARI

Au moment où l'emploi du bouton de Murphy a amélioré d'une façon notable les résultats de l'anastomose intestinale, il est intéressant de voir les tentatives faites pour appliquer la même méthode aux greffes de l'urétère à l'intestin. Il y a dans cette greffe urétérale par les procédés de suture ordinaire, des difficultés telles, que le plus souvent l'adaptation des deux conduits est imparfaite ; il peut en résulter soit une désunion immédiate avec accidents plus ou moins graves, soit une cicatrisation vicieuse amenant une atrésie consécutive de l'embouchure urétérale.

Le Dr A. Boari, de Ferrare, a fait construire un bouton, qu'il a présenté au Xe Congrès de la Société

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

de chirurgie italienne à Rome, et il vient de publier, dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires, de Janvier 1896, son procédé, qui serait plus facile et plus rapide que les autres.

Le bouton du Dr Boari est représenté ouvert et fermé (fig. 1 et 2). On voit donc qu'il se compose d'un tube central, légèrement renflé à une extrémité et portant à l'autre deux plaques, dont l'une terminale est fixe et dont l'autre, mobile, est mue par un ressort à boudin. Ce bouton est maintenu par un stylet d'acier, que l'on peut enlever à volonté. Lorsque le stylet est en place (fig. 3), passant par un orifice percé transversalement dans le tube, le ressort est aplati et les deux plaques sont maintenues en contact; lorsqu'on retire le stylet, la plaque mobile glisse vers le renflement terminal. Or, après la suture, la plaque mobile est dans la cavité intestinale, le renflement terminal est dans l'urétère; les deux organes sont donc accolés par l'action du ressort. Il existe différents numéros de ce bouton dont la grosseur augmente de 1 à 4.

Pour pratiquer la suture, on introduit dans l'urétère, les deux plaques inférieures étant accolées, le tube central du bouton, et on serre l'urétère sur lui par un fil de soie, au-dessous du renflement qui a pour but d'empêcher la suture de glisser. On obtient la disposition représentée figure 4.

Il ne s'agit plus que d'anastomoser l'urétère, ainsi muni du bouton, avec l'intestin.

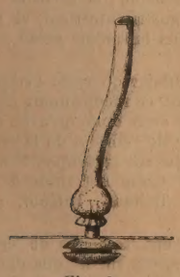

Fig. 4.

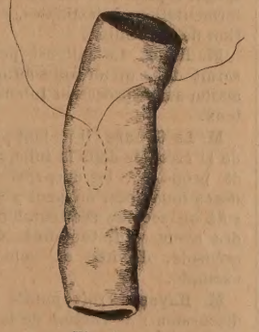

Fig. 5.

Avant d'inciser celui-ci, on circonscrit l'aire, où sera l'incision, par une suture en bourse faite à la soie fine. On pratique alors une incision longitudinale, juste suffisante pour laisser passer avec un peu de peine la partie large du bouton, introduit fouvert, c'est-à-dire ses deux plaques étant maintenues en contact par le stylet. L'intestin est alors serré sur le tube central, au delà de la plaque mobile, par un fil de soie, noué une seule fois. Le stylet est enlevé, la plaque mobile glisse sur le tube central en repoussant l'intestin jusqu'au contact de l'urétère. Un second nœud sur le fil de soie assure alors la suture intestinale, et la greffe urétérale, dont les divers temps sont représentés figures 5, 6, 7 et 8, est terminée.

Dans quelques cas particuliers, on peut aussi avoir recours à des boutons spéciaux ; il en existe pour la greffe latérale de l'urétère et pour la greffe avec conservation du trigone vésical (fig. 9).

Cette méthode d'anastomose, d'après le Dr Boari, devrait mettre à l'abri des accidents immédiats de désunion et aussi des accidents plus tardifs, de sténose de la bouche urétérale et d'infection ascendante. On comprend comment une cicatrice régulière peut empêcher la rétraction consécutive ; elle peut prévenir aussi l'infection, reconnaissant pour cause un obstacle à l'écoulement normal de l'urine, ne venant plus par son action mécanique arrêter l'ascension microbienne. Pour juger de ces résultats, le chirurgien italien cite quelques expériences sur les chiens et deux opérations sur l'homme.

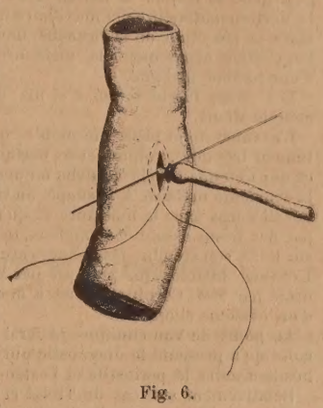

Fig. 6.

Le succès immédiat paraît avoir été obtenu dans ces différentes opérations. Tout d'abord le mode d'adaptation de l'urétère sur l'intestin, au point de vue mécanique, est bien hermétique : « Lorsque sur le cadavre, après avoir fait la greffe, on remplit d'eau l'anse intestinale préalablement liée à une extrémité, le liquide ne sort que par l'urétère ; lors même que celui-ci est étranglé par un nœud, la suture ne laisse pas échapper d'eau ». Le bouton semble aussi rester en place un temps nécessaire à la cicatrisation. Lorsqu'il est

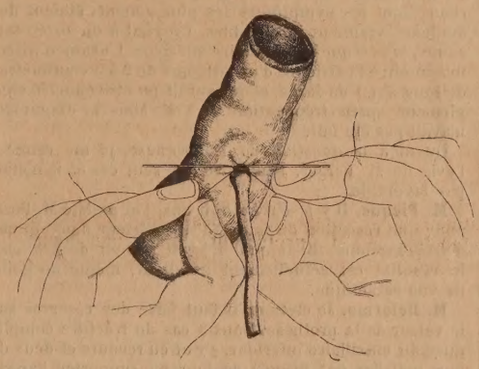

Fig. 7.

rendu du huitième au douzième jour, on voit alors dans quelques cas une selle sanglante ; mais il n'est noté, à la suite de cette expulsion, ni fistule ni infiltration d'urine. Grâce à une rainure existant sur la plaque mobile, la paroi intestinale refoulée se met en contact, sur une assez grande étendue, avec l'urétère au delà du point ligaturé. Lorsque le bou-

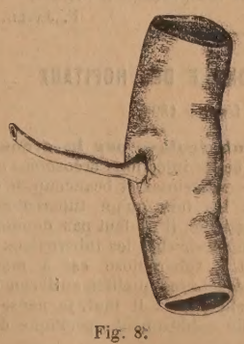

Fig. 8.

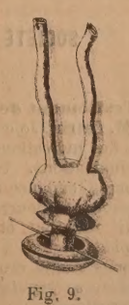

Fig. 9.

ton tombe, c'est par mortification des tissus serrés par les fils de soie sur l'intestin et sur l'urétère.

Les adhérences sont donc déjà établies au-delà ; et dans la seule expérience, où se trouve donnée la description anatomique de l'abouchement urétéro-intestinale, il est noté que l'urétère est fixé dans une certaine longueur sur la séreuse intestinale, par du tissu connectif. D'ailleurs, malgré la confiance que l'on peut avoir dans l'anastomose à l'aide du bouton, il est prudent d'isoler l'anse intestinale choisie, de la cavité péritonéale.

Si l'on peut, d'après les faits rapportés par l'auteur, avoir confiance dans la solidité de l'anastomose faite avec le bouton de Boari, il est plus difficile de savoir quelle est sa valeur au point de vue du bon fonctionnement ultérieur de l'embouchure urétérale ; la sténose consécutive et l'infection ascendante y sont-elles moins fréquentes qu'avec les autres procédés ?

Actuellement, une malade opérée depuis six mois est bien portante ; il s'agit d'une femme chez laquelle on fixa l'urétère gauche sur le côlon descendant.

Deux chiens, l'un ayant subi une greffe de l'urétère droit sur le rectum, l'autre chez qui on a abouché l'urétère gauche au côlon, et le droit au rectum, sont en observation depuis Mars et Avril 1895, et jouissent d'une bonne santé.

Ces faits sont encourageants, mais encore trop récents. Les autopsies, faites par Boari, sont aussi pratiquées trop peu de temps après l'opération pour trancher la question. Un chien, sacrifié trente-deux jours après la greffe, ne présenta aucune altération ni du rein, ni de l'urétère.

Chez un autre chien, autopsié cinquante-deux jours après double opération, les résultats sont moins parfaits. Les reins n'offrent pas macroscopiquement de graves altérations, mais la cavité du bassinet est légèrement dilatée ; elle l'est un peu plus du côté droit, où la dernière greffe a eu lieu. Ce n'est que lorsqu'un certain nombre d'observations aura été publié, que l'on pourra en tirer une conclusion. Mais, en somme, le procédé paraît ingénieux et rapide.

E. Michon,
Interne, médaille d'or des Hôpitaux

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

12 février 1896.

Cystostomie sus-pubienne. — M. Bazy. M. Mougeot nous a envoyé l'observation d'un de nos confrères, qui, âgé de soixante-dix ans, pris en mars 1894 de rétention d'urine, fut sondé ; le cathétérisme s'accompagna d'une hémorrhagie abondante. Six mois plus tard, les accidents de rétention reparaissent, mais le malade refuse de se faire sonder. Son état s'aggravant, il consent enfin ; mais le cathétérisme reste impossible et, malgré la gravité de l'état général et même à cause d'elle, la cystostomie est pratiquée sans chloroforme : il sort une urine infecte. Malheureusement, le malade meurt dans la soirée, la mort n'étant, dit M. Mougeot, que la conséquence d'un empoisonnement que l'opération n'a pu conjurer à temps.

A propos de cette observation je rappelle que j'ai essayé de classer les indications du méat hypogastrique en : *a*) indications communes à tous les urinaires, qu'ils soient vésicaux, rétrécis ou prostatiques ; *b*) indications spéciales aux prostatiques.

1. — Les premières comprennent : la douleur ; l'hémorrhagie ; l'infection.

La douleur est un des facteurs les plus importants, mais il faut distinguer la douleur tenant à l'état de la vessie de celle qui est liée au cathétérisme. Celle qui est liée à l'état de la vessie sera souvent justiciable de l'ouverture sus-pubienne, comme je l'ai montré en 1882, à propos des tumeurs de la vessie ; celle qui est liée au cathétérisme pourra être avantageusement modifiée par la sonde à demeure ou tel autre moyen de pratiquer le cathétérisme et les indications du méat hypogastrique seront dans ce dernier cas absolument exceptionnelles.

L'hémorrhagie est une des indications de la taille hypogastrique — je ne dis pas du méat — la taille étant l'acte préliminaire de l'hémostase et souvent aussi le seul acte qui assure celle-ci. Dans ces derniers temps, j'ai eu l'occasion d'en observer trois cas chez des prostatiques qui se sondaient. Chez l'un, la sonde à demeure avec les injections d'antipyrine a suffi ; chez le second, vieillard de quatre-vingt-quatre ans, j'ai temporisé à l'extrême et ai pu éviter l'ouverture de la vessie ; enfin, chez le troisième âgé de soixante-deux ans, j'ai dû pratiquer la taille : je trouvai un gros caillot noir, rougeâtre, ferme, occupant le bas-fond vésical et une prostate volumineuse formant un énorme bourrelet circulaire dans l'intérieur de la vessie ; sur le côté gauche de la prostate, un petit vaisseau donnait du sang artériel. Je détruisis au thermocautère la plus grande partie de la prostate, puis je mis une sonde à demeure et refermai la la vessie. Les suites furent simples, mais la suture vésicale se désunit et il resta une fistule qui s'est refermée et rouverte à deux reprises différentes et qui est actuellement fermée ; le malade urine en partie seul, en partie par la sonde. M. Mougeot a eu aussi recours à l'ouverture de la vessie pour un cas du même genre : il trouva un calcul et fit un méat hypogastrique ; son malade guérit, mais son observation ne prouve pas la supériorité de la taille vésicale sur la sonde à demeure, puisque cette dernière n'a pas été employée, et ne doit être considérée que comme un exemple à ajouter à la bénignité de la taille hypogastrique.

L'infection est enfin une puissante indication de taille vésicale. En 1886, j'ai pratiqué avec M. Pousson la taille pour des accidents infectieux, mais je pensais déjà que les indications de cette opération devaient être très restreintes. Dans les cas où j'y avais eu recours, je n'avais pas obtenu de résultats merveilleux. D'autre part, M. Poncet est venu mettre une sourdine à son enthousiasme, et à celui de nos confrères qui le suivaient dans cette voie si facile, en venant déclarer que les cas d'infections suraiguë et aiguë échappaient à l'action de la taille et de la désinfection directe de la vessie. C'était bien ce qui résultait pour moi de ma pratique et de mes lectures, mais il était nécessaire que ce fût nettement formulé. C'est une importante concession à la thèse que je soutiens. Je suis loin de prétendre que le drainage peut suffir à tout, mais je crois que bien surveillé, bien appliqué, il est plus souvent suffisant que ne le prétendent ceux qui ne veulent ou ne savent pas l'appliquer. Il me semble que quelques chirurgiens ont une trop grande tendance à dire que le cathétérisme est impossible. Le nombre des cas de cathétérisme impossible me paraît tout à fait hors de proportion avec ce qui devrait être et je crains que quelques chirurgiens ne soient séduits et entraînés par la facilité vraiment trop grande de la taille hypogastrique, quand la vessie est distendue. Enfin, les résultats éloignés de cette dernière opération ne sont pas toujours des plus brillants et, comme le disait un malade que j'ai débarrassé de sa fistule hypogastrique, « cet ignoble trou qui vous transforme en une barrique en perce » n'est pas des plus agréables.

2. — En terminant, je résumerai ainsi les indications du méat hypogastrique chez les prostatiques : 1° la taille vésicale avec méat temporaire ou définitif est indiquée surtout dans les douleurs d'origine vésicale, dans l'hématurie et dans les infections à forme subaiguë que la sonde à demeure n'a pu enrayer; 2° elle est impuissante contre les accidents infectieux suraigus, mais, peut-être, doit elle être tentée dans ces cas; 3° elle peut être, dans l'immense majorité des cas de cathétérisme douloureux remplacée par différents moyens thérapeutiques parmi lesquels la sonde à demeure; 4° elle doit être exceptionnellement employée dans les cas de fausses routes et de cathétérisme difficile; 5° l'impossibilité du cathétérisme est une indication encore plus exceptionnelle.

M. Routier. M. Bazy s'élève avec force contre la cystostomie, mais je ferai remarquer que, lors de la dernière discussion, nous avons été loin de préconiser tous et toujours cette opération. Pour ma part, je la crois très utile et indiquée lorsque le cathétérisme est insuffisant. En octobre dernier, j'ai eu à soigner un homme atteint d'hématurie et de rétention d'urine; ce malade était très difficile à sonder. J'ai dû pratiquer la taille hypogastrique et j'ai trouvé une grosse prostate et derrière un calcul; j'ai extirpé celui-ci et réséqué la prostate et le résultat de cette intervention a été excellent.

M. Reynier. J'appuie les remarques de M. Routier. Dans quelques cas, la taille sus-pubienne est excellente; mais elle n'est assurément indiquée que lorsque la sonde à demeure ne réussit pas. Récemment, j'ai observé un homme ayant une grosse prostate et atteint d'hématuries et de douleurs contre lesquelles la sonde à demeure restait impuissante. J'ai fait la cystostomie sus-pubienne et j'ai pu retirer un calcul enchâtonné derrière la prostate. Mon malade a guéri, en conservant un méat sus-pubien qui d'ailleurs est continent.

Ostéome du maxillaire inférieur. — M. Berger. Je viens d'avoir l'occasion d'observer un ostéome du maxillaire inférieur et les observations en sont rares. Au musée Dupuytren, il en existe trois cas, mais il n'existe qu'une seule pièce en nature; dans ces trois faits, il s'agit d'ailleurs non d'ostéome vrai, mais bien d'hypertrophie diffuse du maxillaire inférieur, de léontiasis ossea. Dans les Bulletins de la Société de chirurgie, je n'en ai relevé qu'un cas, celui de Lesenneur (1874) qui a enlevé l'ostéome par excision simple. Je mentionnerai encore les observations de Trélat et de Jalaguier qui se rapportent cependant à une autre variété d'ostéome, comme je le disai tout à l'heure. En Angleterre, j'ai relevé le cas de Bryant qui est un chondrome ossifiant, deux observations de Holmes qui se rapportent à la léontiasis ossea, En Allemagne, il existe, je crois, trois faits probants d'ostéome véritable du maxillaire inférieur.

Ma malade est une jeune femme de dix-neuf ans, ayant eu de fréquents abcès dentaires ces dernières années. En novembre 1893, elle présente une petite tumeur sur la branche horizontale de la mâchoire : une incision faite à son niveau ne donna que du sang. Puis, parut la dent de sagesse dont l'éruption s'accompagna d'une suppuration très abondante. Bref, un an et demi plus tard, la malade présentait tous les signes d'une périostite diffuse du maxillaire. En palpant la joue, on trouvait une masse dure, de consistance osseuse, occupant la région jugale et la région sus-hyoïdienne; vers la partie supérieure de la joue existait un abcès fluctuant. En outre, dans la bouche, on voyait au niveau de la tumeur deux orifices par lesquels sortait du pus grumeleux : l'examen bactériologique permit d'éliminer le diagnostic d'actinomycose.

C'était donc, étant donné la lenteur des accidents et les abcès qui étaient survenus, vers l'existence d'une ostéo-périostite que l'on pouvait incliner. Cependant, étant données la dureté de la tumeur et sa limitation nette, ne ressemblant en rien à cette sorte d'empâtement diffus que l'on observe dans la périostite, je songeai à l'ostéo-sarcome et m'arrêtai finalement à ce diagnostic.

Je commençai mon opération par l'incision des parties molles, puis du périoste, et je remarquai alors que ce périoste se décollait facilement : il s'agissait non d'un ostéo-sarcome, mais d'un ostéome vrai auquel je ne songeais pas. Je résolus la résection de la mâchoire; après la section antérieure, le maxillaire se fractura et je fis alors la résection de la branche montante, l'opération large étant assurément la meilleure dans l'hypothèse d'une tumeur maligne.

Les suites furent simples et ma malade guérit sans complications.

L'examen de la pièce me montra qu'il s'agissait d'une tumeur très dure, volumineuse, parfaitement circonscrite et qui s'étendait de la branche montante du maxillaire à la deuxième molaire. A la coupe, on voyait que la tumeur faisait corps avec la mâchoire et qu'elle était constituée par des tissus osseux et spongieux, très dense, présentant sur toute son étendue les mêmes caractères de structure. L'examen histologique pratiqué par M. Besançon et confirmé par MM. Cornil et Pilliet a montré qu'il s'agissait d'un ostéome simple.

Au point de vue clinique, je ferai remarquer la difficulté qu'a présenté le diagnostic qui restait, en somme, hésitant entre la périostite et l'ostéo-sarcome.

Relativement aux cas de Trélat et Jalaguier dont j'ai parlé tout à l'heure, je dirai qu'il ne s'agissait pas dans ces faits d'ostéome vrai, mais bien de périostite ossifiante.

Enfin, j'ajoute que je n'ai pas eu recours à la prothèse parce qu'elle ne me paraît pas donner dans ces cas de bons résultats.

M. Théophile Anger. Il y a vingt ans, j'ai opéré une jeune femme de vingt-cinq ans, atteinte d'une tumeur de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur, dont les symptômes les plus gênants étaient des douleurs vraiment intolérables. Croyant à un ostéo-sarcome j'ai réséqué le maxillaire inférieur. L'examen direct m'a montré l'existence d'un ostéome de 2 à 3 centimètres de long sur 1 de large, et qui aurait pu être énucléé simplement après trépanation de l'os. Mais le diagnostic n'avait pas été fait.

Quant à la question de la prothèse, je me range à l'avis de M. Berger. J'en ai vu un seul cas et il n'était pas favorable.

M. Picqué. Il y a sept ou huit ans, j'ai assisté M. Pozzi pour une résection du maxillaire inférieur dans un cas d'ostéo-sarcome. Bien qu'il n'y ait pas eu de prothèse le résultat est actuellement excellent, même au point de vue esthétique.

M. Delorme. Je crois qu'il faut faire des réserves sur la valeur de la prothèse. Dans 3 cas de fracture compliquée du maxillaire inférieur, j'y ai eu recours et deux de mes malades ont jusqu'à ce jour pu supporter l'appareil.

M. Terrier. En matière de prothèse, il faut distinguer les cas où l'on opère dans des tissus infectés et ceux où les tissus sont sains. Toutes les fois qu'il y a suppuration, il ne faut pas de prothèse. Mais je crois qu'il est utile souvent de faire porter momentanément des appareils prothétiques, ceux-ci pouvant permettre une meilleure restauration et servant en quelque sorte de guide au tissu osseux qui peut se reformer çà et là. Telle est au moins l'opinion de M. Ollier, si compétent à cet égard.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

14 février 1896.

Traitement de la tuberculose par la créosote. — M. Catrin. Je crois que les injections créosotées n'ont que des indications très restreintes et beaucoup de contre-indications. Toutes les fois qu'un tuberculeux a quelque tendance à l'érétisme, il ne faut pas donner de créosote. On pourra s'en servir chez les tuberculeux tout à fait au début, et dont la tuberculose est à marche torpide. Restent à la créosote ses qualités antibronchorréiques que je crois réelles, mais il faut, je pense, lui enlever sa réputation de médicament spécifique de la tuberculose.

M. Fernet. L'étude de la tuberculose est une des plus intéressantes : la tuberculose est, en effet, le type des infections aiguës ou chroniques. Le point le plus important à connaître est certainement le pronostic de cette affection; de lui découle l'appréciation exacte de la valeur du traitement employé.

Or rien n'est plus difficile que de fixer ce pronostic; on sait que la tuberculose est spontanément curable, les autopsies des vieillards en fournissant des preuves multiples, car il est rare de ne pas rencontrer chez eux des reliquats de tuberculose guérie. Les tuberculoses locales viennent également à l'appui de cette opinion, et on connaît le pronostic relativement bénin des péritonites tuberculeuses.

Les modificateurs hygiéniques seuls sont capables d'amener la guérison des tuberculoses à marche lente, parmi eux il faut citer : la suralimentation, préconisée surtout par M. le professeur Debove, l'administration de l'alcool, de l'huile de foie de morue à hautes doses, la pratique de l'hydrothérapie. De plus il faut encore tenir grand compte, dans le pronostic, des diathèses sur lesquelles évoluent l'infection; on connaît l'allure toute spéciale de la tuberculose chez les goutteux.

Il faut avoir constamment en vue ces différentes particularités pour se faire une opinion de la valeur de la créosote contre la tuberculose pulmonaire; et tout bien considéré, on peut aboutir aux conclusions suivantes :

La créosote a pour effets immédiats, certains phénomènes d'excitation, qui se produisent du côté de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire, du système nerveux. C'est dire que l'appétit s'accroît, les battements du cœur se régularisent et deviennent plus forts, les forces se relèvent, l'embonpoint augmente.

Mais ces modifications ne se produisent que lorsque la créosote est administrée à doses convenables. Dans les cas contraires, il se produit des phénomènes d'intoxication que l'on pourrait ranger dans deux classes différentes : l'une reproduit le tableau du **créosotisme aigu**, l'autre le **créosotisme chronique**. Le créosotisme aigu se caractérise par de la fièvre, des troubles gastriques, des phénomènes pseudo-méningitiques, sur lesquels M. Faisans attirait dernièrement l'attention. Le créosotisme chronique est surtout produit par différentes scléroses, sclérose pulmonaire, sclérose artérielle, sclérose rénale.

La créosote possède-t-elle une action antiseptique réelle? Bouchard, Guimbert, l'affirment. Il est à remarquer cependant que la créosote ne peut atteindre le bacille que par l'intermédiaire de la circulation générale; il faut donc que le sang renferme une quantité considérable du médicament, ce qui est inadmissible.

Pour mettre en jeu l'action antiseptique de la créosote, il faudrait pratiquer des injections intra-pulmonaires; mais ce mode n'est pas sans danger, et ne peut être proposé dans la pratique courante.

En résumé donc, la créosote possède, comme tous les médicaments, des indications et des contre-indications. Elle est indiquée chez les malades atteints de débilité générale, de tuberculose torpide.

Elle est contre-indiquée dans les cas de tuberculoses dites éréthiques, évoluant chez des alcooliques, chez des artério-scléreux, chez des goutteux.

Quant aux doses, elles sont absolument variables suivant les individus; les doses élevées sont dangereuses.

Enfin, les différentes manières d'administrer ce médicament sont également bonnes.

M. Hanot. Pendant des recherches que j'ai faites sur la tuberculose hépatique, j'ai été amené à faire quelques remarques sur l'emploi de la créosote. Chez un grand nombre de tuberculeux, on trouve de l'urobiline dans les urines, lors de leur entrée à l'hôpital. Quinze jours ou trois semaines après un traitement consistant en ingestion de capsules d'huile de foie de morue créosotée, l'urobiline disparaît des urines.

La créosote administrée par le rectum paraît avoir encore une action plus certaine et plus rapide.

Ces réflexions sont basées sur 325 observations.

M. Debove. J'ai lu toute une série de travaux dans lesquels on prétend que l'urobiline se produit dans l'intestin. Il peut donc se faire que la créosote agisse sur les fermentations intestinales, et empêche ainsi la production de l'urobiline.

M. Hanot. Ce fait est peu probable; la créosote ne serait donc qu'un antiseptique gastro-intestinal, et son action sur le processus tuberculeux lui-même serait douteux.

M. Le Gendre. Il ne faut pas oublier qu'avant l'emploi de la créosote dans la tuberculose, ce médicament avait été prôné dans les dyspepsies. Je crois donc qu'avec des doses modérées, on peut retirer de l'emploi de la créosote un secours réel comme adjuvant gastrique. Il faudra avoir soin, toutefois, dans l'administration de la créosote, d'éviter un véhicule irritant, l'alcool, par exemple.

M. Hayem. Trois points doivent ressortir de cette discussion : 1° l'action de la créosote sur le tube digestif; 2° l'action de la créosote sur l'urobilinurie; 3° l'origine intestinale de l'urobiline.

1° Depuis longtemps, les médecins allemands emploient la créosote dans les affections du tube digestif, sans spécifier les cas où ce médicament est favorable ou défavorable. Il est cependant un fait certain, c'est que chez tout tuberculeux soumis au traitement créosoté, les lésions stomacales sont les plus profondes.

2° Les réflexions de M. Hanot au sujet de l'urobilinurie sont très importantes; il faut ajouter, cependant, que quelles que soient les malades observés, on voit souvent des sujets présenter, à leur entrée à l'hôpital, de l'urobiline dans les urines, et quelques jours après, sous l'influence du repos, du régime hospitalier, l'urobiline disparaît.

L'urobiline est-elle d'origine intestinale? Cette théorie est déjà ancienne, mais elle a été soutenue surtout par des chimistes et non par des cliniciens. Il faut savoir que l'urobiline existe en quantité beaucoup plus considérable chez l'homme sain que chez le malade : cependant l'urobilinurie n'est pas un phénomène physiologique.

M. Barrié. Chez la plupart des tuberculeux, la créosote administrée par la voie gastrique entraîne des phénomènes dyspeptiques; je leur donne donc la créosote par voie rectale, principalement sous forme de suppositoire.

M. Ferrand. La créosote paraît agir comme agent irritatif; elle est indiquée dans les infiltrations torpides du poumon, sans réaction congestive.

Les contre-indications se tirent surtout de l'état du poumon; il ne faut pas l'employer lorsque la tuberculose se montre sous forme de petits foyers, tendant à se ramollir et à créer des excavations; ces foyers sont entourés de congestions actives, accrues par le médicament.

M. Manquat. Je tiens à signaler un mode d'administration de la créosote, par voie rectale. J'emploie des lavements créosotés ainsi faits : on se sert d'une émulsion de créosote dans du lait à doses variant entre 4 et 10 pour 100 ; l'émulsion se conserve très longtemps, se mêle très facilement à l'eau en toute proportion.

M. Burlureaux. Les conclusions auxquelles aboutit M. Fernet sont absolument les miennes : la créosote n'est pas un spécifique, c'est un adjuvant. De plus, la créosote est un médicament qui demande à être manié avec grande prudence ; j'ai vu des accidents avec des quantités minimes ; j'ai vu, au contraire, des malades supportant des doses considérables. J'ai, de plus, fixé les règles sur lesquelles on doit se guider pour l'administration de la créosote.

De plus, j'ai insisté sur ce fait pronostique que tout malade qui tolère des hautes doses doit guérir.

M. Siredey. Ce fait peut souffrir des exceptions. Un de mes malades prenait facilement 2 grammes de créosote par jour, et néanmoins il succomba à une tuberculose rapide.

M. Faisans. Il ne faut pas conclure de la tolérance pour la créosote à une action certaine de ce médicament, on peut s'habituer à tous les poisons. Mais je tiens à m'élever contre l'usage universel de la créosote, dans toutes les formes de tuberculose; il en est, certes, dans lesquelles la créosote est nuisible. E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

14 février 1896.

Gangrène phéniquée du doigt. — **M. Peraire** rapporte l'histoire d'un enfant mordu au doigt par un chien. On fait immédiatement un pansement avec de l'eau phéniquée à 1 pour 100. Il survint le lendemain une gangrène de la phalangine qui nécessita la désarticulation du doigt.

Kyste du creux poplité. — **M. Peraire** montre un kyste du creux poplité. Il s'agissait d'un garçon de quinze ans, qui présentait depuis trois mois, à la partie moyenne du creux poplité, une petite tumeur fluctuante que l'on aurait pu prendre pour un petit anévrysme poplité; mais, il n'y avait pas de pulsations. On pratiqua l'ablation et l'on constata que c'était un kyste synovial, communiquant avec la synoviale du genou par un petit canal qui traversait une éraillure du ligament postérieur de l'articulation du genou.

Endothéliome de la dure-mère rachidienne. — **M. Dufour** communique l'observation d'une femme jeune atteinte de tuberculose pulmonaire, de mal de Pott lombo-sacré. Elle meurt de cachexie. On trouva à l'autopsie, en outre des lésions tuberculeuses, une tumeur de la dure-mère rachidienne, refoulant la moelle, dissociant les nerfs de la queue de cheval, sans cependant les englober complètement ni les comprimer. Une portion de cette tumeur a été inoculée à un lapin qui mourut quelque temps après de tuberculose. L'examen microscopique montra que l'on était en présence d'un endothéliome très comparable aux tumeurs connues sous le nom de sarcômes angiolithiques, et présentant, comme elles, de petits corps autour des vaisseaux ressemblant à des grains de matière amylacée.

Entéro-anastomose sans ouverture préalable de l'intestin. — **M. Souligoux** montre des pièces d'entéro-anastomose pratiquée à l'aide d'un nouveau procédé. M. Souligoux prend une anse intestinale, fait un pincement latéral entre les mors d'une pince, de façon à écraser les tissus et provoquer un sphacèle consécutif. Il pratique la même manœuvre sur une autre anse intestinale. Il affronte ensuite ces deux portions mortifiées, les suture et ferme le ventre de l'animal. Les portions pincées se sphacèlent, s'éliminent, l'entéro-anastomose est alors constituée.

M. Guinard, rappelle que ce procédé se rapproche beaucoup de celui qu'il pratique sur certaines hernies inguinales sphacélées, procédé connu sous le nom de procédé du *tout à l'égout*. M. Guinard invagine la portion sphacélée dans la partie saine, fait des sutures au niveau des parties saines. Des adhérences se font rapidement; la portion d'intestin gangréné se détache et s'élimine dans la cavité intestinale.

Ictère grave secondaire. — **M. Ramon** rapporte l'observation d'un homme atteint d'ictère et d'ascite depuis le mois de mars 1895, symptomatiques d'une cirrhose. En janvier 1896, il contracte une érysipèle de la face, et présente, à la suite, les phénomènes de l'ictère grave secondaire : ictère, ascite, hémorrhagies, fièvre, etc. Ce malade présenta, en outre, une pleurésie purulente à bacterium coli pur.

A l'autopsie, on trouve un foie cirrhotique. Son volume était plus grand que normalement. Les granulations cirrhotiques étaient très grosses. La rate était considérable et présentait en outre des granulations de périsplénite. On trouvait dans le mésentère de gros ganglions. L'examen microscopique n'a pas encore été pratiqué.

Kyste parovarien. — **M. Heresco** montre un kyste du ligament large. Il contenait une certaine quantité d'un liquide clair, transparent, non albumineux et très riche en chlorure. M. Heresco insiste particulièrement sur la difficulté du diagnostic clinique dans son cas. La tumeur aurait pu être prise ou pour un fibrome, ou pour un kyste de l'ovaire.

Cœur dans un cas d'angine de poitrine. — **M. Auscher** communique l'observation d'un individu ayant présenté, il y a quelques mois, des attaques d'angor pectoris, angine vraie. Ce malade mourut de tuberculose pulmonaire. Le cœur examiné avec soin ne permit de constater aucune lésion, ni de l'aorte, ni des artères coronaires ; pas de rétrécissement, ni d'oblitération de ces vaisseaux. Le myocarde était rouge foncé. Le péricarde présentait des traces évidentes de péricardite au niveau des oreillettes et légère sur les ventricules. Il n'y avait pas de symphyse cardiaque. R. MARIE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

12 février 1896.

Etude comparée des traitements de l'érysipèle et des résultats de la sérothérapie. — **M. Bolognesi**, fait la critique du rapport de M. Chantemesse au Conseil municipal, relativement au traitement de l'érysipèle par le sérum antistreptococcique. Il rappelle à ce propos que l'érysipèle peut souvent être une affection excessivement bénigne, atténuée primitivement (*érysipèles atténués primitifs*) ou secondairement, par une ou plusieurs atteintes antérieures, et cela, dans plus des 2/3 des cas.

En matière de thérapeutique, il faut donc dans une affection comme l'érysipèle, faire une sélection des faits et n'expérimenter un traitement au point de vue de sa valeur que sur les cas francs, légitimes, aigus, cycliques, au point de vue abortif, et que sur les cas graves, au point de vue de l'abaissement de la mortalité. Aussi M. Bolognesi a-t-il été étonné de voir que M. Chantemesse appuyait ses résultats par une statistique brute, sans aucune sélection des faits. Une pareille statistique est trop variable pour avoir quelque valeur et l'auteur expose comme exemple sa statistique d'Aubervilliers pendant l'année 1893.

Sur 1.000 malades il y a eu 35 décès soit 3,5 pour 100.

Suivant l'époque des entrées, il y avait des mois où la mortalité était nulle.

D'après les traitements institués suivant telle ou telle forme de la maladie, on a les variations suivantes :

Vaseline boriquée. — Erysipèles bénins, atténués et quelques cas très graves : 250 malades, 5 décès, soit 2 pour 100.

Pommade à l'ichthyol. — Moitié cas bénins. Moitié cas aigus francs : 200 cas, 4 décès, soit 2 pour 100.

Traitements divers. — Malades mélangés, graves exceptés : 165 malades, 2 décès, soit 1,21 pour 100.

Traumaticines et vernis. — Cas aigus : 115 malades, 1 décès, soit 0,90 pour 100.

Balnéothérapie et traitements locaux. — Cas graves seulement : 225 malades, 15 décès, soit 6,66 pour 100.

On voit facilement combien est variable la statistique quand on fait une sélection. Une statistique brute en matière de thérapeutique dans l'érysipèle est donc forcément entachée d'erreur. Elle pourrait permettre d'opposer aux résultats de M. Chantemesse (sérum efficace 1,70 pour 100; très efficace 1,03 pour 100), les traumaticines 0,90 pour 100; les traitements divers 1,21 pour 100.

Le rapport de M. Chantemesse ne nous apprend que les faits suivants :

Que si, en 1893, la mortalité de l'érysipèle a été de 3,50 pour 100, elle a été en 1895 de 3,25 pour 100 : différence à la vérité peu sensible.

La sérothérapie a donné sur 500 cas 13 décès, soit 2,59 pour 100. Mais ces cas sont insuffisants comme nombre, car on peut leur opposer les six derniers mois de 1893 : taux 3 pour 100. On peut avoir eu affaire à des séries heureuses, comportant beaucoup de cas atténués d'eux-mêmes.

Ainsi aux 297 cas traités par le sérum efficace, mortalité 1,70 pour 100, on peut opposer les quatre derniers mois de 1893, 265 malades, mortalité 1,13 pour 100. Donc, mortalité en 1893, 3,5 pour 100; en 1895, 3,22 pour 100, chiffres dans les règles, puisque la mortalité dans l'érysipèle varie de 2 à 4 pour 100.

Conclusions : Le traitement de l'érysipèle doit être varié suivant les formes;

Cas atténués : traitements locaux au choix, de préférence par l'ichthyol;

Cas aigus : traumaticine à l'ichthyol ou ichthyol, ce traitement faisant avorter 60 pour 100 des cas;

Cas graves : Balnéothérapie ; traitement qui a fait ses preuves.

Quand la sérothérapie aura été expérimentée seulement sur les cas vraiment graves de l'affection et sur les cas aigus, quand elle aura montré sa supériorité véritable sur les autres traitements, alors seulement elle pourra être employée à l'exclusion de toutes les autres méthodes.

M. Hallopeau. Il est certain que la discussion des résultats fournis par les divers traitements de l'érysipèle est fort difficile. Un grand nombre d'érysipèles guérissent seuls. Il faudrait donc connaître les résultats fournis par l'exportation et les faire entrer, eux aussi, en ligne de compte. Pour ce qui est des érysipèles graves, je suis également d'avis que les résultats fournis par le bain froid et par la méthode antiseptique sont excellents et jusqu'ici je ne vois rien dans le rapport de M. Chantemesse qui puisse nous rendre enthousiastes de la sérothérapie.

Traitement des crises dyspeptiques des tabétiques. — **M. Huchard**, en son nom et au nom de M. Bovet, son assistant, rapporte une observation de crises de dyspepsie aiguë chez un tabétique, observation intéressante en ce que l'on peut en faire le type des manifestations gastriques dans cette maladie. En effet, le malade éprouvait à de fréquents intervalles des crises d'une violence rare, avec hématémèses et vomissements alimentaires répétés. Mais, ce qui est intéressant dans cette observation, c'est qu'il a été possible de pratiquer régulièrement l'analyse du suc gastrique. Or, cet examen a montré que les sécrétions variaient en qualité d'une manière inattendue : le malade était tantôt hyperchlorhydrique et tantôt anachlorhydrique. Pendant longtemps les hématémèses, la douleur et les vomissements étaient de telle nature que l'on pouvait croire à un ulcère rond de l'estomac. L'autopsie a prouvé qu'il n'en était rien et les autres symptômes ont d'ailleurs permis d'établir le diagnostic de tabès, mais il est évident que dans beaucoup de cas il serait permis de se tromper. Le signe particulier qui a permis de penser à une affection d'origine nerveuse est l'incohérence des réactions du suc gastrique, dont la composition ne fut jamais la même et, dans un cas douteux, il est certain que l'analyse chimique pratiquée avec régularité, permettrait d'obtenir un bon élément de diagnostic.

Mais c'est surtout au point de vue du traitement que des faits de ce genre offrent de l'intérêt, car la thérapeutique de ces accidents ne laisse pas de présenter de graves difficultés, quand on veut procurer du soulagement à son malade en raison même de la variabilité des troubles, qui se succèdent souvent avec une étonnante rapidité. Il est bien clair que le traitement doit suivre pas à pas les troubles fonctionnels, sans quoi le médecin risque de faire fausse route et d'augmenter encore les souffrances du sujet.

Les indications thérapeutiques sont les suivantes :

1° Pendant les crises d'*hyperpepsie*, repos absolu, alimentation composée d'œufs peu cuits et de purées de légumes; pas de lait, pas de médicaments;

2° Pendant les crises d'*hypopepsie*, donner du bicarbonate de soude avant le repas et administrer une limonade chlorhydrique après le repas. Comme régime, un peu de viande très cuite, œufs et légumes.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

13 février 1896.

Ulcères annamites. — **M. Barthélemy.** A propos des *ulcères annamites*, je rappelle un mémoire de notre collègue Paul Petit sur la bactériologie de ces lésions publié dans les *Annales de médecine navale*. Bien que paru il y a quelques années, ce travail est encore intéressant à consulter.

Rétrécissement mitral hérédosyphilitique. — **M. Barthélemy.** Relativement aux faits de *rétrécissement mitral* observé chez des sujets hérédosyphilitiques, je demande à signaler deux cas qui s'y rapportent, concernant tous deux des jeunes femmes n'ayant jamais eu de rhumatisme; l'une, fille de médecin, et manifestement hérédosyphilitique; l'autre, âgée de vingt-sept ans, épouse d'un mari syphilisé quatre ans auparavant. Je n'ai jamais observé sur cette malade de signe de syphilis acquise autrement que par le fœtus; il me semble qu'il s'agit là d'un de ces faits de *syphilis conceptionnelle latente* sur la réalité desquels je crois pouvoir être affirmatif, mais qui ont été mis récemment en doute par nos confrères de Belgique. Quoi qu'il en soit, cette jeune femme fut atteinte, dans l'année qui suivit la naissance et la mort de son enfant syphilitique, d'un rétrécissement mitral qui persiste encore depuis plusieurs années.

Hydrargyrie simulant une herpétique maligne. — **M. Fournier.** Le malade présenté à la dernière séance était bien sous le coup d'une intoxication mercurielle. Ses urines, analysées régulièrement par M. Cathelineau, ont démontré la présence d'une quantité notable de mercure qui a disparu en même temps que la maladie cessait.

Chancre du sein. — **M. Besnier.** Il s'agit d'une femme qui présente sur le mamelon une ulcération, revêtant tous les caractères objectifs d'un chancre. Cette ulcération date d'un mois, la malade a un enfant âgé de quatorze jours qui ne présente aucune lésion des muqueuses ou du tégument. Ce chancre aurait donc été contracté dans les derniers mois de la grossesse et il y a un intérêt considérable à suivre l'évolution des accidents et surtout à surveiller l'enfant, pour savoir s'il a contracté la syphilis de sa mère *in utero*.

M. du Castel émet des doutes sur la nature chancreuse de l'ulcération qui, pour lui, n'est pas typique.

M. Barthélemy. La lésion qui nous est présentée par la malade de M. Besnier est-elle un chancre syphilitique ? C'est probable, mais ce n'est pas certain ; c'est un fait qui n'impose pas le diagnostic à première vue. Au contraire, dans un cas que j'ai observé, le chancre du sein était on ne peut pas plus caractéristique. Il était survenu chez une nourrice, entrée dans la famille avec toutes les apparences d'une santé parfaite, mais en état d'incubation de syphilis. Quand la lésion apparut au sein, une quinzaine de jours après le début de l'allaitement, elle fut méconnue dans sa nature et prise pour une crevasse simple. La persistance et le développement du mal amenèrent seuls à soupçonner la malignité ; mais quand l'enfant me fut amené, il y avait un mois qu'il tétait un chancre syphilitique. L'enfant était très beau, très fort, né de parents absolument sains ; il ne présentait aucune érosion, aucune desquamation aux lèvres ; ce qui explique qu'il a complètement échappé à la contagion.

Pr Fournier. Le cas actuel mérite à tous égards d'être suivi. Pratiquement, il faut supprimer l'allaitement. On peut, jusqu'à confirmation du traitement, conserver le lait en faisant téter la malade par un petit chien. L'allaitement par le sein non malade peut être autorisé. Quant à affirmer que la lésion actuelle est bien un chancre, cela est difficile.

Chancre du menton chez un enfant. — M. Canuet. L'ulcération du menton a tous les caractères d'un chancre, elle s'accompagne d'une polyadénite sous-maxillaire très nette.

L'accident a été remarqué pour la première fois par la mère il y a vingt-sept jours ; l'enfant, âgé de cinq ans environ, va à l'école, il n'y a personne de malade dans la famille. L'origine du chancre n'a pu être établie. Il s'agit bien d'un accident primitif, car la roséole commence à apparaître.

Pr Fournier. Il est presque impossible, dans ce cas, de retrouver l'étiologie du chancre chez l'enfant. C'est le baiser banal, vulgaire, que tout le monde donne à l'enfant, qu'il faut incriminer le plus souvent.

Synovites syphilitiques. — M. du Castel. Depuis dix-huit ans, le malade est atteint de synovites bilatérales de toutes les synoviales dorsales du poignet. Le développement de ces synovites est encore aujourd'hui considérable. Sur la face dorsale de la main, sur la partie inférieure de l'avant-bras, existent une série de tumeurs du volume d'une grosse pomme d'api, nettement globuleuses, indolentes, fluctuantes, sans crépitation.

Ces tumeurs ont diminué, sous l'influence du traitement spécifique, de moitié environ. Ce résultat rapide, intense, laisse à penser que la syphilis a causé les lésions, qui ont été aidées par la profession du malade, lequel est distillateur. Les mouvements de flexion continue du poignet nécessités par le bouchage des bouteilles expliquent la localisation.

Sans affirmer d'une façon absolue la nature syphilitique de ces lésions, il semble difficile de ne pas tenir compte de l'amélioration rapide produite par le traitement.

M Jacquet. Dans les synovites produites par la tuberculose, il y a la crépitation qui vient en aide au diagnostic ; on a alors des synovites à grains riziformes.

M. Besnier. Ce cas est des plus intéressants et demanderait à être moulé et présenté à nouveau devant la Société. M. Besnier regrette de n'avoir pas en mains, en ce moment, des pièces provenant d'un malade atteint d'affection analogue. La syphilis est donc bien capable de déterminer des lésions semblables.

M. Jullien. Ne pourrait-on pas, pour affirmer la nature, ponctionner une de ces tumeurs et inoculer le liquide obtenu à un cochon d'Inde ?

Urticaire pigmentaire probable. — MM. Tenneson et Leredde présentent un enfant de dix ans dont le corps est couvert de macules pigmentées abondantes, surtout dans les régions de flexion. Elles sont survenues il y a six mois. Au microscope, on trouve des mastzellen nombreuses autour des vaisseaux. La pigmentation est due à l'existence dans les papilles de cellules chargées de granulations ocre.

Le diagnostic admis a été urticaire pigmentaire à début tardif. Atypique en outre par l'existence d'une seule poussée urticarienne, l'absence de dermographisme et histologiquement par une moindre abondance de mastzellen.

Mais déjà M. Besnier a admis la notion de l'urticaire pigmentaire à début tardif. Au point de vue clinique, le diagnostic est le seul qui puisse être porté.

Au microscope, on ne relève entre le fait actuel et ceux de Unna, Raymond, etc., que des différences quantitatives et non qualitatives.

M. Hallopeau. Il est difficile d'affirmer l'urticaire pigmentée. Ne pourrait-on pas incriminer la syphilis ?

M. Tenneson. — Le cas actuel est de toutes les dermatoses le plus voisin de l'urticaire pigmentée. Il se peut qu'il n'en soit pas, mais sûrement il ne s'agit pas de syphilis. On ne rencontre pas dans cette maladie cette symétrie absolue et une évolution pigmentaire analogue.

M. Feulard. Les cas d'urticaire pigmentée décrits par M. Vidal étaient différents d'aspect ; la couleur des taches était lie de vin ; leur surface était plissée. Ici les taches sont café au lait et lisses. Objectivement cette éruption rappelle les caractères des syphilides pigmentaires d'emblée, mais il ne s'agit sûrement pas de cette maladie.

M. Leredde. Histologiquement ces taches n'ont aucun des caractères des lésions syphilitiques : il n'y a ni éléments régressifs, ni lésions vasculaires.

M. Besnier. — Il faut tenir compte que le malade actuel a bien eu des poussées d'urticaire et des démangeaisons.

C'est là un fait essentiel. Il existe des cas aussi difficiles que celui-ci, mais l'urticaire pigmentée étant une maladie récemment décrite, il y aura sûrement des retouches au tableau de la maladie. Il ne s'agit sûrement pas ici ni de syphilis maculeuse, ni de syphilis pigmentée. La généralisation et la symétrie de l'éruption sont contre la syphilis.

M. Brocq a vu chez des adultes des cas semblables. Il s'agissait d'urticaire typique, laissant à sa suite des pigmentations, et non d'urticaire pigmentée des enfants.

M. Besnier. L'urticaire est une maladie fréquente qui ne laisse habituellement pas de pigmentation. La pigmentation actuelle reste donc intermédiaire entre urticaire simple et l'urticaire pigmentée vraie.

M. Gastou. Quel a été le traitement suivi antérieurement par le malade ? et quel rôle ce traitement a-t-il joué dans la production de la pigmentation ? A-t-on vu des pigmentations analogues suivre un urticaire traité par l'arsenic ou d'autres méthodes ?

M. Tenneson. Le malade n'a pris ni antérieurement ni récemment aucun médicament.

M. Feulard. Il existe quelquefois, autour de la taille, chez des malades atteints d'urticaire, une pigmentation, mais ce n'est pas de l'urticaire pigmentée.

M. Tenneson. Comme conclusion, je crois que les cas analogues s'il ne sont pas réellement de l'urticaire pigmentée, devront être groupés autour d'elle.

M. Brocq appuie cette conclusion.

Pr. Fournier insiste pour écarter toute idée de lésions d'origine syphilitique.

Chancres simples de la verge et de la langue : double bubon. — MM. Emery et Sabouraud. Le malade a vu apparaître simultanément sur la verge et à la pointe de la langue des accidents dont il avoue la source par contagion directe.

Pour la verge, le diagnostic fut posé d'emblée à cause des caractères des ulcérations et du bubon. Pour la langue, il n'y avait aucun des caractères habituels du chancre, mais l'apparition d'un bubon sous-maxillaire et l'inoculation positive au bras de l'exsudat pris sur l'ulcération linguale, firent voir qu'il s'agissait bien d'un chancre, lequel guérit du reste très rapidement.

M. Sabouraud. Ce qui confirme le diagnostic de chancre mou de la langue, c'est que l'examen de la sérosité prise sur les ulcères de la verge et de la langue a donné les mêmes résultats, en même temps que l'examen et la culture du pus des bubons inguinaux et sous-maxillaires était absolument négatif et démontrait l'amicrobisme complet de ces suppurations.

A la surface des ulcérations linguales et péniennes fut décélé le bacille de Ducrey, tandis que dans la paroi de ces mêmes ulcérations, on constatait le bacille de Unna.

Dans le pus des bubons, il n'y avait aucun microbe. M. Gaucher a présenté un cas analogue d'abcès inguinal amicrobien dans le cours d'une blennorrhagie et mettait en doute la spécificité du gonocoque.

Pour M. Sabouraud ces faits doivent être interprétés différemment. Il s'agit de suppurations provoquées non par les microbes, mais par leurs toxines. On rencontre du reste des faits analogues dans la morve.

Pr. Fournier. C'est le premier cas de chancre mou de la langue qu'il m'ait été donné de voir et je ne crois pas qu'il y en ait d'autres cas dans la littérature.

Le diagnostic a été fait ici d'abord par exclusion, puis par vérification expérimentale.

Par exclusion, ce n'était ni une ulcération tuberculeuse, ni un chancre syphilitique, ni une syphilide ulcéreuse, ni une lésion aphteuse. Expérimentalement, le diagnostic fut confirmé par l'inoculation positive.

Rien, je dois le dire, n'incitait un diagnostic de chancre mou. Il n'y avait ni l'ampleur de l'ulcération, ni l'état creux, ni la pullulation sur place. L'ulcération était, au contraire, petite, superficielle, unique.

L'inoculation elle-même du chancre a été différente de ce qu'on voit habituellement : au lieu de l'extension, on a vu une véritable inoculation abortive. Vers le troisième, quatrième jour, tout était fini.

Ce caractère de bénignité du chancre lingual est également celui des chancres de la face, comme l'ont montré les expériences faites dans le service de M. Puech, par Nadaud des Islai.

Le chancre simple prend à la face, mais c'est un mauvais terrain ; le chancre avorte et constitue un type inférieur. M. Jeanselme a bien attiré l'attention sur les caractères du chancre facial, en disant que c'est un chancre moyen ou petit, à réparation facile.

Donc, la face conserve une immunité relative pour le chancre simple.

Comme conclusion, je dirai : que la rareté du chancre simple de la face est due à ce que nous le cherchons avec les caractères qu'il n'a pas.

M. Jullien. Les chancres mous de la face peuvent être quelquefois étendus, exemple : le cas d'inoculation frontale de M. Heurteloup.

Lefort faisait remarquer que tous les chancres mous sus-ombilicaux étaient moins actifs que les sous-ombilicaux. La cuisse était le terrain le meilleur pour le développement du chancre mou.

L'atténuation des chancres de la cavité buccale serait due, pour Aubert, de Lyon, à la haute température constante qui existe dans cette cavité. N'a-t-on pas, du reste, essayé la chaleur pour faire avorter les chancres mous.

M. Barthélemy. Puisque les expériences de Lefort ont été rappelées, je signale, pour mémoire seulement, et afin d'enlever toute espèce de doute dans l'esprit de ceux qui pourraient lire ses observations, un fait que mon regretté maître m'a plusieurs fois répété encore en 1878 ; il pensait qu'un chancre simple inoculé, des parties génitales aux lèvres ou à la langue, c'est-à-dire aux muqueuses faciales, pouvait se transformer, de par ce fait, en chancre syphilitique. Cette opinion était intéressante à signaler de la part d'un esprit aussi distingué, bien que la dualité ne puisse plus être discutée aujourd'hui. En tout cas, l'observation de M. Fournier vient démontrer, s'il en était encore besoin, la fixité de la nature virulente, même dans les conditions indiquées par Lefort.

Un cas de leucoplasie linguale. — M. Jullien. Un homme de quarante-cinq ans porte depuis trois ans sur le dos de la langue, à gauche de la ligne médiane, une épaisse plaque blanche d'apparence porcelanique, longue de 4 centimètres, large de 1 cent. 1/2 ; aucune douleur, à peine un peu de gêne en parlant. Tout a été fait, y compris la destruction par le thermo-cautère. Cet homme a eu la syphilis il y a vingt ans ; il est petit fumeur après avoir fumé énormément, petit buveur après avoir fait pas mal d'excès de boissons, il est en outre hémorrhoïdaire et dyspeptique de vieille date avec vertiges, défaillances, agoraphobie. Urines examinées par Girard, très anormales : traces d'albumine, de sucre ; d'hémaphéine, d'uro-érythrine d'uro-hématine, et de bile, en assez forte quantité ; tous les composés minéraux et l'urée dépassent énormément en vingt-quatre heures les moyennes ordinaires : éléments minéraux : 30 grammes, urée, chlorure de sodium : 20,7 ; acide phosphorique : 5,12, acide urique : 0,36 ; sédiment riche en élément oxalique. En résumé *insuffisance hépatique* et *fermentations intestinales*.

La salive est alcaline. La bactériologie est restée muette et négative, l'histologie si bien faite par Leloir, a fait voir les lésions de l'*hyperchératose* et Stanziale a trouvé l'*élédine et les éléments ovoïdes ou piriformes*, à membranes réfringentes, à contenus granuleux, semblables à ceux que l'on rencontre dans les dégénérescences épithéliomateuses. Jusqu'ici rien n'est venu éclairer le traitement ; je demande à mes collègues ce que je dois faire.

Pr. Fournier. Le traitement par le raclage donne de bons résultats dans ce qu'on a appelé, d'une façon figurée, le psoriasis en copeau.

M. Brocq a vu, en 1884, un malade auquel on voulait enlever la langue. Un raclage superficiel a amélioré la lésion, le malade a vécu dix ans depuis le début du traitement. Il est mort accidentellement, sa lésion linguale ne progressait nullement.

Le Dr Perrin, de Marseille, a préconisé, dans des cas analogues, la décortication profonde au galvano ou au thermo-cautère.

M. Gaucher. Dans les cas du Dr Perrin il s'agissait d'excroissances. Je crois à l'efficacité d'un traitement moins énergique. Les applications de bichromate de potasse sont efficaces. Je crois qu'il faut savoir laisser ces lésions tranquilles.

M. Besnier. Il est important dans cette maladie de savoir si les lésions linguales sont localisées ou généralisées. S'il y a menace d'épithélioma ou non. Les cas simples ne demandent pas une intervention énergique, tandis que les cas étendus ou à tendance épithéliale se réclament de la chirurgie. Il faut toujours songer à la possibilité d'une lésion syphilitique.

M. Brocq est du même avis que M. Besnier et pense qu'il faut, dans des cas de menace épithéliale, faire l'ablation.

M. Jullien. M. Stanziale a observé, dans des cas de leucoplasie analogue à celui-ci des éléments oviformes dans les couches superficielles de l'épithélium. Ces corps oviformes ont été vus déjà dans d'autres épithéliomas.

M. de Lavarenne a soigné des placards de leucoplasie analogues à ceux du malade de M. Jullien, par le raclage et des badigeonnages à l'acide chromique et les pulvérisations d'eaux sulfureuses et a obtenu de bons résultats à la suite de trois années de traitement.

M. Gaucher. Le traitement par le bichromate de potasse au cinquantième doit durer des années.

Un cas de lèpre. — MM. Gaucher et Bensaude présentent un homme âgé de vingt-neuf ans, atteint de lèpre chez lequel la principale lésion lépreuse consiste dans des granulations miliaires groupées sous forme de larges placards symétriques sur le tronc et les membres, ressemblant à de petits nodules lupiques et aux éléments de la syphilide granuleuse miliaire. Au microscope, ces granulations se montrent constituées par des îlots de cellules lépreuses farcies de bacilles de Hansen. Le malade a eu une poussée érysipélatoïde de la face, survenue en même temps qu'une otite moyenne suppurée et un phlegmon du bras à streptocoques. Comme la sérosité de la plaque érysipélatoïde ne contenait pas de streptocoques, on peut se demander si elle n'était pas due à l'exaltation de la virulence des bacilles de Hansen sous l'influence de l'infection streptococcique. Le sang du malade contenait un nombre considérable de

cellules éosinophiles dépassant les limites de l'éosinophilie commune à la plupart des dermatoses.

M. Hallopeau. Les poussées érysipélatoïdes sont fréquentes dans la lèpre.

M. Fournier trouve une analogie considérable entre les lésions de la peau chez ce malade et ce qu'il a appelé la syphilis folliculaire.

M. Besnier. Il est même curieux d'observer combien la tuberculose, la syphilis et la lèpre produisent des lésions similaires.

M. Jacquet. Ce malade a une plaque d'orchi-épididymite. A-t-il eu la blennorrhagie ou la syphilis?

M. Bensaude. Non, il s'agit de lésions lépreuses.

Dermatite suppurative multiforme à poussées successives. — MM. Hallopeau et Prieur. Les auteurs formulent ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail : ce type morbide est voisin de ceux qui sont englobés sous la dénomination fautive d'impétigo herpétiforme ; il s'en distingue par les caractères spéciaux de son éruption, par son développement en dehors de la grossesse et par sa reproduction pendant de longues années sans altération grave de la santé générale ; l'éruption y est d'emblée purulente : elle affecte les formes curvilignes les plus variées, représentant maints caractères de l'alphabet depuis le C jusqu'à l'S en passant par les grands points d'interrogation accolés dos à dos; le liquide ne renferme pas de microbes ; ses cultures restent stériles si l'examen est pratiqué peu de temps après l'éruption; cette dermatite est liée suivant toute vraisemblance au développement des toxines pyogènes; elle se distingue de la dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique par ce fait, que les poussées éruptives y sont généralisées et qu'il s'agit par conséquent d'une maladie de cause interne; elle se distingue de la forme suppurative de la dermatite herpétiforme de Duhring par le caractère primitivement purulent des éléments éruptifs ainsi que par l'absence de cellules éosinophiles et de microbes pyogènes; l'endocarde peut y être lésé; M. Vandam vient de confirmer, par un autre procédé, la découverte faite par M. Tête, d'alcaloïdes représentant les leucomaines dans l'urine d'un malade atteint d'une poussée aiguë de dermatite herpétiforme.

Lymphangite gommeuse de la peau, par inoculation. — M. Salmon.

Macroglossie probablement syphilitique. — M. Faitout présente cette maladie et demande dans ce cas quel doit être le traitement employé, si les injections de calomel et d'huile grise ne semblent pas pouvoir être supportées.

MM. Fournier, Besnier, Thibierge font remarquer que le traitement par les injections n'a pas été suffisamment employé pour qu'on puisse le juger. Il faudrait l'instituer à nouveau sur des bases plus méthodiques.

Traitement de la blennorrhagie par l'airol. — MM. Legueu et Léon Lévy. Nous avons employé l'airol dans le traitement de la blennorrhagie chez l'homme : les propriétés dessicantes à la fois et antiseptiques de ce dermatol iodé autorisaient cette tentative.

Nous nous sommes servis d'une émulsion au 1/10 dans l'eau et la glycérine (glycérine, 15 grammes; eau, 5 grammes ; airol, 2 grammes) après lavage de l'urètre antérieur à l'eau boriquée, nous injectons dans le canal 10 centimètres cubes de l'émulsion d'airol; cette injection est répétée les jours suivants.

Quatre malades ont été traités de cette façon pour des écoulements à gonocoques datant de trois mois, de deux mois, de cinq semaines, de quinze jours : un seul d'entre eux avait une urétrite secondaire polymicrobienne.

Ces quatre malades ont guéri après trois à cinq injections; l'injection détermine une certaine brûlure qui ne dure pas ; et dès le premier jour, les douleurs de la miction s'atténuent et l'écoulement diminue : après quatre à cinq jours il a complètement disparu.

Ces résultats ont été obtenus il y a un mois; depuis, nos malades ont été revus et nous nous sommes assurés qu'ils étaient restés guéris. Dr Gastou.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

13 février 1896.

Recherches cliniques, bactériologiques et expérimentales sur la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus. — M. Bolognesi a eu l'occasion d'observer treize femmes atteintes de tuberculose avancée qui ont accouché et dont il a pu examiner le sang, le placenta, les organes des fœtus ou enfants, et le sang de la veine ombilicale des fœtus ou enfants au moment de la naissance.

Il s'est placé dans les meilleures conditions pour les examens et l'expérimentation.

On invoque, dit l'auteur, comme conditions favorisant la contagion intra-utérine :

L'état de la mère au moment de l'accouchement;

La tuberculose maternelle avant la conception;

L'état avancé de la mère avec cachexie, fièvre; la mort de la mère au moment ou peu de temps après l'accouchement;

La tuberculose du père en plus celle de de la mère;

L'hérédité de la tuberculose de la mère.

Huit fois et à plusieurs reprises, le bacille de Koch dans le sang de la mère a été recherché sans succès.

Dans neuf cas, il s'agissait d'une tuberculose antérieure à la dernière conception.

Dans neuf cas, on pouvait noter l'état avancé de la tuberculose de la mère avec fièvre, cachexie et mort rapide après l'accouchement.

Une fois, on notait la tuberculose du père en plus de celle de la mère.

Une fois, il y avait hérédité paternelle et maternelle pour la mère.

Une fois hérédité paternelle, trois fois hérédité maternelle.

Dans 8 cas, le fœtus ou l'enfant sont morts peu de temps après l'accouchement, et dans 6 cas, M. Bolognesi a pu faire l'examen macroscopique et microscopique et expérimenter sur les animaux avec les organes de ces fœtus ou enfants.

Dans tous les cas, l'auteur a examiné les placentas et le sang du cordon ombilical du placenta, le plus souvent le sang recueilli par le bout fœtal du cordon ombilical immédiatement après la naissance, sans découvrir ni lésions tuberculeuses, ni bacilles, et expérimenter avec ces organes.

L'expérimentation a porté sur 130 animaux, 12 lapins et 118 cobayes. Un lapin et 18 cobayes sont morts de septicémie ou autres causes, 2 cobayes seulement inoculés avec le placenta d'une malade, l'un deux mois et demi, l'autre cinq mois après l'inoculation; ces deux résultats positifs ne prouvent pas autre chose que la tuberculose de la mère.

L'auteur conclut d'après ses résultats négatifs que :

L'hérédité tuberculeuse maternelle est surtout une affaire de prédisposition, d'aptitude, la mère léguant à son enfant un terrain apte au développement du bacille et qui en fait un candidat à la tuberculose.

La clinique, l'histologie, la bactériologie et l'expérimentation confirment cette manière de voir.

L'hérédité tuberculeuse maternelle directe, hérédité de germe, de graine, hérédo-contagion, transmission directe du bacille de Koch, est une rarissime exception. La tuberculose congénitale n'étant pas autre chose qu'une contagion intra-utérine, tout à fait exceptionnelle.

L'hérédo-prédisposition étant la règle et l'hérédo-contagion l'exception, nous pensons que les enfants nés de mères tuberculeuses doivent être non seulement soustraits au lait maternel et nourris par une nourrice saine, mais encore isolés, ou mieux éloignés du milieu familial contagionné dans lequel on les laisse le plus habituellement.

M. Porak. Depuis que M. Bolognesi a commencé ses recherches sur la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus, nous avons dirigé dans ce sens nos investigations lors de décès de nouveau-nés à la Maternité de la Charité. Dans un cas, nous avons cru, avec M. Durante, trouver un cas de tuberculose pulmonaire, congénitale, mais l'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'une petite dilatation bronchique entourée d'un noyau de broncho-pneumonie. Il ne faut donc pas s'en tenir à un examen macroscopique pour conclure à la tuberculose fœtale.

M. Charpentier. L'expérience m'a démontré que tous les enfants nés de mères tuberculeuses étaient au-dessus de la moyenne, tandis que ceux nés de mères cardiaques étaient chétifs. Ce fait clinique vient donc à l'appui des conclusions de M. Bolognesi ; l'enfant a toutes chances de survie, s'il est enlevé au milieu infecté où il se trouve dans les conditions les plus défavorables.

Deux cas de mort chez des cardiaques pendant le travail. — M. Macé, au nom de M. Porak, rapporte deux observations de mort survenues pendant le travail chez des cardiaques.

La première est celle d'une multipare âgée de vingt-huit ans, ayant eu trois grossesses sans que les battements de cœur se soient manifestés d'une façon plus bruyante. A la quatrième grossesse, troubles asystoliques, qui forcent la malade à entrer dans un service de médecine d'où elle est envoyée à la Maternité de la Charité. Après quatre heures de travail, syncope. Application de forceps, impossibilité de ranimer l'enfant.

L'autopsie a montré que la femme était atteinte de rétrécissement mitral, avec myocardite assez accentuée.

La seconde est celle d'une primipare de vingt-trois ans, soignée dans le service de M. Gouraud pour une insuffisance mitrale, où elle est soignée pour des troubles asystoliques. Au moment où elle passe dans le service d'accouchement, pas d'œdème, faciès blanc, cyanose légère des lèvres. Pendant dix minutes, la malade ne peut répondre aux questions qu'on lui pose. Syncope. Application de forceps; l'enfant peut être ranimé, il pèse 2020 grammes et meurt au bout de cinq jours.

L'autopsie a démontré l'existence d'un rétrécissement mitral et d'un œdème très accentué du poumon. La malade est morte de syncope survenue pendant une période d'œdème aigu du poumon. Le myocarde était sain.

M. Porak. Dans tous les cas que j'ai observés, j'ai vu les accidents survenir plutôt dans les suites de couches que pendant le travail.

M. Charpentier. De deux cardiaques que j'ai accouchées, la première est morte au moment du travail, la seconde a présenté de la monoplégie brachiale.

M. Boissard. Je viens de donner mes soins à deux cardiaques dans le service de la Maternité. L'une est accouchée sans accident; l'autre, chez laquelle l'accouchement a été provoqué, a succombé à la dégénérescence du myocarde. Le pronostic doit donc être particulièrement réservé, car certaines lésions cardiaques, en apparence bénignes, peuvent entraîner les accidents les plus graves.

Influence des altérations du placenta sur la vitalité du fœtus. — M. Porak. Discutant les conclusions du travail de M. Martin, je pense qu'en publiant sa statistique sur le placenta syphilitique, il est tombé sur une série heureuse, et que dans la réalité le pronostic est plus sombre. De même pour le placenta marginé, les résultats qu'il donne me paraissent un peu trop favorables au point de vue de la vitalité de l'enfant.

Rupture utérine. — MM. Doléris et Bonnus présentent un cas de rupture utérine survenue spontanément chez une femme cachectique sujette à des manifestations purpuriques au cours d'un travail régulier. Présentation du sommet. Col utérin très altéré, varicocèle pelvien.

Absence des signes cataclysmiques habituels de la rupture. La malade a succombé le quatrième jour, aux progrès lents de l'hémorrhagie intra-péritonéale.

Grossesse gémellaire. Insertion vélamenteuse du cordon du premier œuf. — M. Benoit présente à la Société un placenta provenant d'une grossesse gémellaire. La femme qui entra à la Pitié avait eu trois grossesses antérieures. La grossesse actuelle avait présenté comme particularité l'apparition d'un œdème marqué, survenu dès le deuxième mois. En dépit de l'application du régime lacté, l'œdème, à la fin de la grossesse, s'était étendu aux cuisses et aux grandes lèvres. Les urines étaient notablement albumineuses. Après l'accouchement spontané du premier enfant, survint une hémorrhagie très abondante. Les contractions utérines persistèrent très fortes et, dix minutes après le premier accouchement, naissait spontanément un deuxième enfant avec un double circulaire. Toutes tentatives pour le rappeler à la vie furent infructueuses. La délivrance spontanée se fit immédiatement. Les enfants pesaient respectivement 2.600 et 2.400 grammes, le placenta 1.000 grammes.

L'examen de la pièce démontre l'existence de l'insertion vélamenteuse du cordon du premier œuf. La suture des enveloppes de ce premier fœtus s'est faite au niveau d'une grosse veine qui a été totalement déchirée. C'est par là que s'est produite l'hémorrhagie qui a suivi le premier accouchement. Le placenta étant unique, l'écoulement de sang a amené l'anémie rapide du deuxième enfant qui a succombé.

R. Mercier.

BIBLIOGRAPHIE

E. Gaucher et P. Gallois. *Thérapeutique des maladies du rein* (Paris, O. Doin, édit., 1896, 2 volumes).

Messieurs E. Gaucher et P. Gallois ont pensé avec raison que pour se servir utilement des moyens thérapeutiques, il fallait connaître l'affection à laquelle on allait s'attaquer, et qui, en l'espèce, devait être attaquée dans ses racines, dans ses causes. Et si dans les maladies des reins, plus que partout ailleurs, la thérapeutique doit être pathogénique, on ne pouvait et on ne devait pas aborder la question du traitement, avant d'avoir élucidé celle de la pathogénie.

Aussi, les auteurs ont-ils classé les néphrites d'après leur pathogénie. Ils en ont fait trois groupes : un premier comprenant celles dont la cause et le mécanisme sont connus d'une façon suffisante; un second renfermant celles dont la cause seule est encore connue, mais dont le mécanisme est encore fort incertain; le dernier, consacré à celles dont ni la cause, ni le mécanisme ne sont encore élucidés. Sans compter que cette division répond aux exigences de la thérapeutique moderne, de la thérapeutique pathogénique, elle a encore un autre avantage : « en allant ainsi du connu à l'inconnu, on éclaire en quelque sorte la route devant soi et on entrevoit le secret de pathogénies obscures ».

Chaque groupe de la division ainsi conçue, comprend un certain nombre de types cliniques. Les auteurs nous en donnent la description dans les chapitres correspondants; mais en fait de symptomatologie, ils ne décrivent pas simplement les symptômes, description que l'on trouve partout, mais ils donnent surtout une étude de séméiologie, en cherchant à montrer l'importance de chaque symptôme pour le diagnostic et le pronostic, et surtout à faire ressortir les indications thérapeutiques qu'il fournit.

C'est ainsi que le lecteur est conduit à la thérapeutique, vers laquelle convergent les autres parties didactiques du livre. Et une fois sur ce terrain, les auteurs envisagent la question du traitement non au point de vue exclusif et étroit de l'organe en souffrance, de la néphrite proprement dite, mais encore à celui du malade ou de la maladie dont la néphrite n'est qu'un phénomène partiel, comme dans la goutte, l'éclampsie, la lithiase rénale, etc.

Comme nous l'avons dit, les auteurs se sont trompés de titre et nous ont donné un traité éminemment pratique des maladies du rein. La façon dont la matière est exposée, la façon dont elle est traitée assurent à ce traité ou si voulez à la *Thérapeutique des maladies du rein*, un succès certain.

R. Romme.

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

FER QUEVENNE — Seul Fer réduit approuvé par l'ACADÉMIE de MÉDECINE, 14, r. Beaux-Arts, Paris. — une expérience de 50 ANNÉES a confirmé sa supériorité — Poudre, Dragées, Pastilles

ARCACHON — ENFANTS DÉBILES, CONVALESCENCES, SCROFULES ET TUBERCULOSES

MAISON DE FAMILLE & DE CONVALESCENCE
Située dans les Pins, à proximité de la Plage
Grand Jardin — Tennis — Gymnastique Suédoise — Massage
SOINS PARTICULIERS POUR JEUNES ENFANTS, ÉDUCATION
Hautes références médicales et familiales
S'adresser à la Directrice : Mme HENRY DUBOIS

GLYCÉROPHOSPHATES
Phosphate vital de JACQUEMAIRE
Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER — (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP) — Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE
CICATRISANT LES PLAIES
Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française
PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS
Très efficace contre les **Anthrax, Cancers, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements**, etc.
SE DÉFIER DES IMITATIONS

Granules de Catillon — A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRE DE **STROPHANTUS** — 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
EXIGER LA MARQUE. Paris, 3, Boul[t] St-Martin.

Le plus Puissant Remède contre
LES VARICES, HÉMORRHOÏDES
ACCIDENTS DE RETOUR D'AGE
HÉMORRHAGIES et toutes les Maladies du système VEINEUX
PRIX : 3f60
HAMAMELIDINE LOGEAIS
Mode d'Emploi : de 15 à 20 gouttes, trois fois par jour, à distance des repas.
ENVOI GRATUIT D'ÉCHANTILLONS sur demande.
DÉPÔT : Phie LOGEAIS, 37, Avenue Marceau, Paris.

ÉLIXIR — Préparation nouvelle, liqueur très agréable à prendre par petit verre après chaque repas.

Dans les cas de **CHLOROSE** et d'**ANÉMIE** rebelles aux Moyens Thérapeutiques ordinaires

SIROP — Une cuillerée à soupe immédiatement avant ou après le repas, soit pur, soit dans un quart de verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

Les préparations à base D'

HÉMOGLOBINE SOLUBLE DE V. DESCHIENS

expérimentées dans les hôpitaux

VIN — Un verre à madère immédiatement avant ou après chaque repas, un petit verre à liqueur pour les enfants.

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL * RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG
ont toujours donné
Les RÉSULTATS les PLUS SATISFAISANTS
Sans fatiguer l'estomac, sans amener la constipation, sans altérer les dents.

DRAGÉES — 3 à 6 par jour
VENTE EN GROS : Maison ADRIAN & Cie *à PARIS, 9, et 11, Rue de la Perle.*

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

Ainsi qu'il résulte de nombreuses expériences faites dans les Hôpitaux les **CAPSULES SÉRAFON**
dans les BRONCHITES AIGUES et CHRONIQUES
La DILATATION des BRONCHES et la BRONCHORRÉE amènent la guérison, dessèchent les bronches et font disparaître la fétidité des crachats.

PHTISIE, TUBERCULOSE PULMONAIRE
ET PLEURÉSIE *D'ORIGINE TUBERCULEUSE*
Les SOLUTIONS SÉRAFON
en **injections hypodermiques** arrêtent sûrement l'évolution de la maladie et peuvent amener la guérison au 1er et au 2me degré (une instruction pour la pratique de ces injections accompagne chaque flacon). **Pharmacie SERAFON à Bordeaux** et toutes pharmacies.
PRÉPARATION et VENTE en GROS : Société Française ADRIAN & Cie, 9 et 11, rue de la Perle, Paris.

GAIACOL EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.